

Liebe Patientin, lieber Patient,

um den organisatorischen Ablauf und das persönliche Arztgespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, die folgenden Fragen – soweit möglich – zu beantworten. Vielen Dank!

	JA	NEIN
freiwillig versichert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zusatzversichert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung

Name (Hauptversicherter)

Vorname

Geburtsdatum

Name (Mitversicherter)

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon mit Vorwahl Privat

Telefon mit Vorwahl Arbeitgeber

Beruf

überweisender Arzt

	JA	NEIN
Haben Sie derzeit Enddarmbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> seit Tagen		
<input type="radio"/> seit Wochen		
<input type="radio"/> seit Jahren		

	JA	NEIN
Ist die Stuhlentleerung schwierig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Benutzen Sie bereits Salben oder Zäpfchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		

	JA	NEIN
Leiden Sie unter Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> bei oder nach dem Stuhlgang		
<input type="radio"/> andauernd		
<input type="radio"/> in Form von ständigem Druckgefühl, Fremdkörpergefühl		

	JA	NEIN
Nehmen Sie Abführmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		
Seit wann?		

	JA	NEIN
Leiden Sie unter einer sonst. Allgemeinerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche?		

	JA	NEIN
Haben Sie Blutspuren festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> am Toilettenpapier		
<input type="radio"/> dem Stuhl aufgelagert		
<input type="radio"/> an der Unterwäsche		
<input type="radio"/> helles Blut <input type="radio"/> dunkles Blut		

	JA	NEIN
Haben Sie unwillkürlichen Abgang von		
Winden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schleim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
flüssigem Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
festem Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Liegt eine HIV-Infektion oder Aids-erkrankung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Spüren Sie Brennen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nässen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juckreiz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Haben Sie Bauchschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Wurden Sie bereits am Enddarm untersucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Austastung mit Finger		
<input type="radio"/> Darmspiegelung		
<input type="radio"/> Dickdarm-Röntgen		

	JA	NEIN
Haben Sie Knoten am After ertastet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Gibt es in Ihrer Verwandtschaft Darmkrebs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Wurden Sie bereits am Enddarm behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Verödung		
<input type="radio"/> Infrarotbehandlung		
<input type="radio"/> Gummibandligatur		
<input type="radio"/> Operation		

Wie oft haben Sie Stuhlgang?	
..... mal pro Tag mal pro Woche
Ist der Stuhl	<input type="radio"/> geformt
	<input type="radio"/> breiig
	<input type="radio"/> wässrig
	<input type="radio"/> häufig wechselnd

	JA	NEIN
Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Leiden Sie unter Medikamentenallergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gegen welche?		

	JA	NEIN
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar oder ASS)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die grüne Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine Fragen.